



**Н.Р. АКРАМОВ, М.Ш. ТАХАУТДИНОВА, А.И. БАХТИЯРОВА**

Казанский государственный медицинский университет

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

## Использование малоинвазивных доступов при хирургическом лечении детей с заболеваниями верхних мочевых путей

Используемые до настоящего времени хирургические доступы для лечения детей с заболеваниями верхних мочевых путей: люмботомные, трансабдоминальные лапароскопические, пункционные нельзя считать оптимальными. Известно, что преимуществом малоинвазивных вмешательств наряду с радикальностью является снижение травматичности и периода нетрудоспособности пациента.

### **Цель работы:**

Улучшить результаты хирургического лечения детей с заболеваниями верхних мочевых путей путем разработки и внедрения операций через малые доступы.

### **Задачи исследования:**

Разработать в клинике способ малотравматичного доступа у детей к почке, пиелоуретеральному сегменту почки и верхней трети мочеточника.

Провести сравнительную оценку непосредственных результатов хирургического лечения через малый и классический доступ при лечении детей с заболеваниями верхних мочевых путей.

В условиях использования малого доступа актуальным является обеспечение точного выхода на уровень выполняемых манипуляций. Как показал опыт вмешательств через малые доступы, глубина операционного канала не должна превышать 7-10 см. При разработке методики вмешательства через малый доступ в основу легли классические варианты: разрезы С.П.Федорова и заднее-косо-поперечный как доступы, обеспечивающие кратчайший путь к почке и верхним мочевым путям. В результате проведенных исследований установлено, что для формирования раневой апертуры диаметром 4-6 см в зависимости от возраста пациента достаточно кожного разреза длиной 3-5 см. У всех пациентов основной группы вмешательство было завершено без конверсии. При этом по мере накопления опыта длина разреза уменьшалась. В контрольную группу вошло 204 пациента с заболеваниями

верхних мочевых путей, а в основную — 37. Операциями выбора для данных групп пациентов являлись нефрэктомия, пиелопластика и иссечение кисты почки. Средняя продолжительность операций в основной группе и группе сравнения составила 89,8 и 124,5 минут соответственно ( $p < 0,01$ ). Эти данные характеризуют степень инвазивности при открытой методике.

В основной группе пациентов имелось достоверное уменьшение (почти в два раза) сроков пребывания больного после операции в стационаре. Отмечена более быстрая нормализация функции кишечника. Выявлены значимые различия в потребности к применению как наркотических, так и ненаркотических анальгетиков. Низкий уровень болевого синдрома позволил пациентам основной группы более чем в два раза быстрее начать самостоятельно передвигаться. Длина рубца в контрольной группе составила  $10,5 \pm 2,8$  см; при малом доступе —  $4,0 \pm 0,8$  см. Все пациенты, оперированные через малый доступ, были удовлетворены размерами и состоянием рубца. Грыжевых выпячиваний, болевых ощущений при контрольных осмотрах не отмечалось. В контрольной группе у пяти пациентов отмечен гипотонус мышц боковой брюшной стенки, а в восьми случаях — парестезии и снижение чувствительности кожного покрова в зоне вмешательства.

### **Таким образом:**

Разработанный в клинике способ минилюмботомии позволяет выполнять малотравматичные хирургические вмешательства у детей с заболеваниями почек и верхних мочевых путей.

Выполнение хирургической операции через малый доступ существенно снижает травматичность вмешательства и выраженность болевого синдрома, уменьшает количество необходимых в послеоперационном периоде обезболивающих наркотических и ненаркотических препаратов, способствует в итоге сокращению в 2 раза сроков послеоперационного пребывания в стационаре.